

QUESTIONNAIRE KERATOCÔNE FROTTEMENTS OCULAIRES

Vous êtes actuellement suivi au CHU de Bordeaux pour la prise en charge d'un kératocône. Le kératocône est une maladie cornéenne, le plus souvent bilatérale et asymétrique. Il existe probablement une part génétique mais le principal facteur de risque identifié est le frottement oculaire. Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'importance des frottements dans l'évolution du kératocône, ainsi que le bénéfice du traitement par cross-linking dans la diminution des ces derniers.

NOM:

Âge :

Prénom:

Date :

Vous frottez-vous les yeux ? (cochez la réponse)

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, selon vous, à quelle fréquence estimez-vous vous frotter les yeux ?

- ☐ Rarement, pas tous les jours
☐ Modérément, 1 fois par jour
☐ Souvent, entre 1 et 9 fois par jour
☐ Très souvent > 10 fois par jour

A quelle fréquence votre entourage estime-t-il vos frottements oculaires ?

- ☐ Rarement, pas tous les jours
☐ Modérément, 1 fois par jour
☐ Souvent, entre 1 et 9 fois par jour
☐ Très souvent > 10 fois par jour

De quelle durée estimez-vous la période des frottements ?

- ☐ Quelques secondes par frottement
☐ Plus d'une minute par frottement
☐ Plusieurs minutes par frottement
☐ Plus de 10 minutes par frottement

De quelle manière vous frottez-vous les yeux?

- ☐ Avec la paume de la main (**photo a.**)
☐ Avec l'index (**photo b.**)
☐ Avec les phalanges (**photo c.**)



Photo a.



Photo b.



Photo c.

Vous frottez vous ?

- ☐ Les deux yeux
☐ Un seul œil -----> Lequel ? ☐ Droit ☐ Gauche

Etes-vous ?

- ☐ Droitier
☐ Gaucher

Dormez-vous l'œil sur l'oreiller ?

- ☐ NON
☐ OUI → Quel côté ? ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Indifférent

Pourquoi vous frottez vous les yeux ?

- ☐ Démangeaisons, allergies
- ☐ Fatigue à la lecture d'un livre
- ☐ Après un travail sur écran
- ☐ Inconsciemment (votre entourage vous le fait remarquer)

Quand ?

- ☐ Le matin au réveil
- ☐ Le soir, après le travail
- ☐ Tout au long de la journée

Êtes-vous exposé à ?

- ☐ La poussière
- ☐ Les produits toxiques
- ☐ Les animaux
- ☐ Le froid/vent/soleil
- ☐ Le tabac
- ☐ Les pollens

Avez-vous déjà bénéficié d'un cross-linking ?

- | | | | |
|------------------------------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Oui | De quel côté ? | ☐ Œil droit | En quelle année ? Œil droit : |
| ☐ Non | | ☐ Œil gauche | Œil gauche : |

Avez-vous bénéficié de la pose d'anneaux intra-cornéens ?

- | | | | |
|------------------------------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Oui | De quel côté ? | ☐ Œil droit | En quelle année ? Œil droit : |
| ☐ Non | | ☐ Œil gauche | Œil gauche : |

Avez-vous bénéficié d'un laser cornéen (ou PKT Photo-Kératectomie thérapeutique)?

- | | | | |
|------------------------------|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Oui | De quel côté | ☐ Œil droit | En quelle année ? Œil droit : |
| ☐ Non | | ☐ Œil gauche | Œil gauche : |

Pensez-vous que le cross-linking vous ait permis de diminuer vos frottements oculaires ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons ?

- ☐ Parce qu'on vous a déconseillé de le faire
- ☐ Car l'envie de vous frotter les yeux a diminué
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autres raisons :

Dans quel délai cela a-t-il permis de diminuer les frottements oculaires ?

- ☐ 1 semaine
- ☐ 1 mois
- ☐ 3 mois
- ☐ Plus de 6 mois

Merci pour votre collaboration

Remarques :

.....
.....

Remettre ce document à l'équipe médicale